

EVIDENCIA DE RECLAMACIÓN

2. Has this claim been acquired from someone else? ¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién?	Where should notices and payments to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)
Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP), por sus siglas en inglés 2002(g)		Name / Nombre _____ Street / Calle _____ Number / Número _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____ City / Ciudad _____ Contact phone / Teléfono de contacto _____ Contact email / Correo electrónico de contacto _____	
Rita M. Torres S. Jr. Carr. 151 Km. 8.4 apt. 224 Villalba P.R. 00766 787-243-5494		Name / Nombre _____ Street / Calle _____ Number / Número _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____ City / Ciudad _____ Contact phone / Teléfono de contacto _____ Contact email / Correo electrónico de contacto _____	
Does this claim amend one already filed? ¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?		<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	
Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?		<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior?	
Part 2 / Parte 2: Give Information About the Claim as of the Petition Date Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.			
Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ¿Tiene una reclamación contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?		<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/).	
Do you supply goods or services to the government? ¿Proporciona bienes y servicios al gobierno?		<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional en la continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____	
List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mentionados arriba)			

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA
DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (seleccione solo un deudor por formulario de reclamación).

<input type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input checked="" type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

RECEIVED
MAY 25 P 401

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado
Proof of Claim / Evidencia de reclamación

ad the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form
uest for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503
h a request according to 11 U.S.C. § 503.

s must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents
is of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running account
ments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the document
able, explain in an attachment.

s instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago
del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que
tos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud deb
nidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o
ulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación.
órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas.
No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. E
os no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

e information about the claim as of the Petition Date.

oda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

te 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

current

ual?

Rita M. Torres Sot.2

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre de la persona o entidad que se le pagará por esta reclamación

Certificación de maestra del Departamento de Educación de
Puerto Rico



DEPARTAMENTO DE EDUCACION

Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

14 de agosto de 2000

C E R T I F I C A C I O N

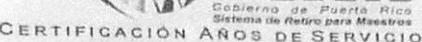
Certifico que **RITA M. TORRES ORTIZ** (-1674) posee los
siguientes certificados regulares:

1. MAESTRO DE ESCUELA ELEMENTAL
número 2394 expedido desde el 1 de julio de 1993
hasta el 30 de junio de 1999

MAESTRO DE EDUCACION ESPECIAL - Vitalicio
número 1341 expedido el 1 de julio de 1993

Ferdinand Rosado de Jesús
FERDINAND ROSADO DE JESÚS
Director
Certificaciones Docentes

Certificación de años por servicios prestados como maestra para el Departamento de Educación de Puerto Rico


CERTIFICACIÓN AÑOS DE SERVICIO Y EDAD

19 de marzo de 2012

SRA MATILDE PEDRAZA
SECCION NOMBRAMIENTOS Y CAMBIOS
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

RE: Rita M Torres Diaz

El profesor de referencia ha radicado una Solicitud de Retiro por la Ley 91 de 29 de marzo de 2004 (Ley del Sistema de Retiro para Maestros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico).

Años de Servicio Edad Diferida Suplementaria

Al 7 de febrero de 2012 fecha de su última aportación recibida

cualifica no cualifica para acogerse a la jubilación y tiene el siguiente tiempo:

AÑOS	MESES	SEMANAS	DÍAS	EDAD
29	10	3	2½	53

Los pagos pendientes no están considerados en esta certificación. Los mismos son:

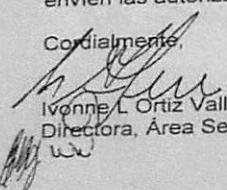
Reconocimiento de Tiempo
 Diferencia en por ciento por transferencia recibida
 Reembolso de Cuotas
 No aplica

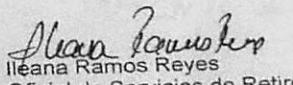
Cualifica para una pensión al 75% del promedio de los 36 salarios más altos, de haber cotizado 30 años de servicios. De tener menos de 30 años de servicio cualificaría para una pensión al 1.8 % del promedio de los 36 salarios más altos, multiplicados por el tiempo cotizado.

El tiempo certificado puede variar, de encontrarse diferencias en el Informe de Cambio, enviado por el Departamento de Educación u otras instituciones Gubernamentales y de existir autorizaciones futuras entre cuentas que afecten las aportaciones del Sistema. Deberá permanecer cotizando en nuestro Sistema hasta la fecha que proyecta retirarse.

El plan médico y planes suplementarios deben ser pagados directamente a las aseguradoras hasta tanto envíen las autorizaciones de descuentos para tramitar su pensión.

Cordialmente,


Ivonne L Ortiz Valladares
Directora, Área Servicios de Retiro


Leana Ramos Reyes
Oficial de Servicios de Retiro

PROF RITA M TORRES DIAZ
BOX 1518
VILLALBA PR 00766

P.O. Box 191879 San Juan, P.R. 00919-1879 Teléfonos (787) 754-8611 ó 1-800-981-8611
http://www.srm.gobierno.pr E-mail: consulta@sm.gobierno.pr

Comprobante del pago de pensión del Sistema de Retiro de Maestros de Puerto Rico

GOBIERNO DE PUERTO RICO 592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS		Grupo de Pago: SM -Quincenal Desde: 09/01/2019 Hasta: 09/15/2019	Business Unit: PUERT Aviso #: 3355030 Fecha Aviso: 09/13/2019				
RITA M TORRES ORTIZ PO BOX 224 VILLALBA PR 00766-0224 SS: XXX-XX-1674	# Empleado: XXXXX1674 Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY 91 2004 Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91 Título: Pensionado Sueldo: \$2,066.25 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39-99 Pct. Adel.: Cant. Adel.:					
HORAS E INGRESOS							
Descripción	Sueldo	Corriente Horas	Acumulado	Descripción	Corriente	Acumulado	
Pago de Salarios Regulares BONO MEDICINA- PENSIONADOS		1,033.13 0.00	1,380.00 100.00				
Total:		1,033.13	1,380.00	17,663.21		0.00	
DEDUCCIONES				DEDUCCIONES GENERALES			
Descripción	Corriente	Acumulado	Descripción	Corriente	Acumulado		
			RM-Prest Pers De Cuenta-Ret.Mae	53.48	909.16		
			SM-First Medical Health Plan	63.50	1,049.50		
			SC-AMER FAM LIFE ASS CO	77.44	1,316.48		
Total:	0.00	0.00	Total:	194.42	3,275.14		
TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS			DEDUCCIONES TOTALES	PAGA NETA
Corriente:	1,033.13			0.00		194.42	838.71
Acumulado:	17,663.21			0.00		3,275.14	14,388.07
PTO HORAS	ACUM						
Balanza Inicial:	0.0						
Acumulado:							
Utilizado:							
onada:							
ustes:							
ice Final:	0.0						

GOBIERNO DE PUERTO RICO SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS		Fecha 09/13/2019	Aviso No 3355030
Cant. Deposito: <u>\$838.71</u>			
DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO			
Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Cant. Deposito	
Savings		\$838.71	
Total:		\$838.71	
TRAY-105 SQ 26693***SCH 5-DIGIT 00751 26693 2 AV 0.383			
RITA M TORRES ORTIZ PO BOX 224 VILLALBA PR 00766-0224			